

TARTU ÜLIKOOL
Sotsiaalteaduste valdkond
Ühiskonnateaduste instituut
Infoühiskond ja sotsiaalne heaolu
Sotsioloogia ja infoteaduste eriala

Elina Kaasik

**ELUSTIILI JA SOTSIAALMAJANDUSLIKU POSITSIOONI
SEOS SUBJEKTIIVSE TERVISEGA**

Bakalaureusetöö

Juhendaja: Ave Roots, Sotsioloogia PhD

Tartu 2020

AUTORIDEKLARATSIOON

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

Elina Kaasik

28.05.2020

Abstract

The main aim of the bachelor's thesis "The relationship between lifestyle and socioeconomic position and subjective health" was to study how the respondent's self-rated health is related to their lifestyle and socio-economic position and how the respondent's health and subjective health are affected by their parents' socioeconomic position during the respondent's teenage years. Previous thematic literature and data from the 2014 European Social Survey Estonian respondents' was used to meet this goal. Logistic regression has been used for analysis.

The results of the study showed that older people, men, people living alone, people with lower education and occupation, people with less physical activity and people who smoke regularly are more likely to have poor or very poor subjective health. In addition, self-assessed health is also related to parents' socioeconomic position.

Respondents who had one parent from Estonia and one from abroad are more likely to have poor or very poor subjective health than respondents with both parents from Estonia. Regarding the socio-economic position of the parents, only the occupation of the parents was important predictor of self-rated health. Also, the father's occupation in the respondent's teenage years predicted poor self-rated health better than the mother's occupation. It was found that respondents whose father or mother worked in agriculture during the respondent's teens were several times more likely to have poor or very poor self-assessed health than the children of top professionals and managers.

Keywords: adult, health, self-rated health, subjective health, socioeconomic background, socioeconomic status, lifestyle

SISUKORD

Abstract	3
SISSEJUHATUS	5
1. UURIMUSE TAUST	7
1.1. Tervise kontseptsioon.....	7
1.2. Tervise enesehinnang	7
1.3. Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus.....	8
1.4. Vanemate sotsiaalmajandusliku positsiooni mõju laste tervisele ja tervise enesehinnangule	8
1.5. Täiskasvanuea tervis ning tervisealane enesehinnang, seosed vanemate sotsiaalmajandusliku staatusega.....	10
PROBLEEMI PÜSTITUS	13
2. METOODIKA	14
2.1. Andmed	14
2.2. Analüüsimeetodid.....	14
3. ANALÜÜS	17
3.1. Tervise enesehinnang erinevate sõltumatute tunnuste lõikes.....	17
3.2. Logistilise regressiooni mudelid	22
4. ARUTELU	28
KOKKUVÕTE	31
KASUTATUD KIRJANDUS	32

SISSEJUHATUS

Inimeste tervist ja tervise enesehinnangut mõjutab lisaks elustiilile ka sotsiaalmajanduslik taust. Inimestevahelised erinevused terviseprobleemide tekkimisel on osaliselt tingitud erinevast sissetulekust, ametist ja haridusest (Radevic, Kocic ja Jakovljevic, 2016). Samas on tervis seotud ka perekondliku taustaga. Laste tervis ning elukvaliteet on seotud sellega, millised on vanemate võimalused. Madalam sotsiaalmajanduslik positsioon toob kaasa ka laste kehvema tervisealase elukvaliteedi ning rohkem tervisega seotud negatiivseid kogemusi (Spurrier, Sawyer, Clark ja Baghurst, 2003). Lapsepõlve elamistingimused ei mõjuta vaid lapsea tervist ja sellega seonduvat elukvaliteeti, vaid need tingimused on olulised prognoosimaks ka täiskasvanuea tervislikku seisundit (Rahkonen, Lahelma ja Huuhka, 1997). Lapsepõlves väljakujunenud tervisealased harjumused ja põhimõtted võivad kanduda ka täiskasvanuikka ning seega mõjutada ka hilisemas eas inimese tervist ja tervise enesehinnangut. Seega on inimeste tervise ja tervise enesehinnangu hindamisel oluline võtta arvesse vastaja elustiili ning nii tema enda kui ka tema vanemate sotsiaalmajanduslikku positsiooni vastaja nooremas eas. Võimalikult paljude erinevate tegurite arvesse võtmine annab hea ülevaate, mis aitab prognoosida vastajate täiskasvanuea tervist ja tervise enesehinnangut.

Sellest tulenevalt on bakalaureusetöös uuritud, kuidas on omavahel seotud subjektiivne tervis ning elustiil ja sotsiaalmajanduslik taust. Töö eesmärk on selgitada välja, kuidas on vastaja tervise enesehinnang seotud tema elustiili ja sotsiaalmajandusliku positsiooniga ning uurida eelkõige seda, millist mõju avaldab vastaja tervisele ja tervise enesehinnangule tema vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon sel ajal, kui vastaja oli teismeline.

Töös on kaks uurimisküsimust.

- 1) Kuidas on vastaja elustiil ning sotsiaalmajanduslik positsioon seotud tema tervise ja tervise enesehinnanguga?
- 2) Kuidas on vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon vastaja teismeeas seotud vastaja tervise ja tervise enesehinnanguga?

Töö koosneb neljast suuremast peatükist. Esimene suurem peatükk on kirjanduse ülevaade, mis tugineb uurimuse teoreetilisele taustale ning varem avaldatud kirjandusele. Kirjanduse ülevaates on käsitletud tervise ja tervise enesehinnangu kontseptsiooni ning erinevaid elustiili ja

sotsiaalmajanduslikku positsiooni hõlmavaid tegureid, mis mõjutavad inimeste subjektiivset tervist. Töö teine osa hõlmab bakalaureusetöö metoodikat ning kolmas suurem osa käsitleb kvantitatiivset analüüsi, mille peamine fookus on regressioonanalüüsil. Regressioonanalüüs põhineb Euroopa Sotsiaaluuringu 2014. aasta andmetel. Viimane suurem peatükk on arutelu, kus on omavahel kokku viidud varasem kirjandus ning töös saadud analüüsi tulemused.

1. UURIMUSE TAUST

1.1. Tervise kontseptsioon

Maailma Terviseorganisatsioon (inglisekeelne lühend WHO) defineerib tervist kui täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mis ei ole pelgalt haiguse või nõrkuse puudumine (Constitution, i,a).

Eraldi määratletakse ka subjektiivset ja objektiivset tervist. Subjektiivne tervis põhineb inimese arvamusel ning teadlikkusel ja kogemustel (Cleary, 1997). Seega on subjektiivne tervis inimese hinnang oma tervisele ning hinnang põhineb eelkõige kogetul. Samas objektiivne tervis põhineb reaalselt mõõdetavatel ja olemasolevatel tervisenäitajatel, mis on erinevalt subjektiivsest tervisest sõltumatud inimese isiklikest kogemustest ja arvamustest (Cleary, 1997).

1.2. Tervise enesehinnang

Tervise enesehinnang (ingl k *self-rated health*, *self-assessed health*) on sotsiaalteaduslikes uuringutes üks laialdasemalt kasutatud valiidne indikaator, mis ennustab haigestumist ja suremist (Altman, Van Hook ja Hillemeier, 2016). Vastaja subjektiivne tervis peegeldab seda, milliseks ta enda tervist hindab. Tervisealase enesehinnangu saamiseks küsitakse vastajatelt küsimusi, kus palutakse hinnata enda tervist (vajadusel ka teistega võrreldes) mingil etteantud skaalal (Jylhä, 2009). Vastused võivad olla skaalal “suurepärane” kuni “halb”, “väga hea” kuni “väga halb” või hoopiski etteantud punktiskaalal olenevalt küsimustiku koostaja eelistusest. Tervise enesehinnangu puhul võetakse arvesse terviklikku infot vastaja füüsilise tervise, kehatalitluse ning vaimse heaolu kohta (Manderbacka, 1998).

Uuringud on näidanud, et olenemata sarnasest tervislikust seisundist võivad inimesed jaguneda tervise enesehinnangu põhjal erinevatesse kategooriatesse (Prosper, Moczulski ja Qureshi, 2009). See tähendab, et erinevad inimtüübid võtavad enda tervise hindamisel samu aspekte erinevalt arvesse (Altman jt, 2016). Seega võivad samade tervisenäitajatega inimesed samal ajal jaguneda nii hea kui ka kehva tervisega vastajate kategooriatesse. Samas võib olukord olla ka vastupidine

ehk enda tervist samaväärt heaks pidavatel inimestel on erinevad tervisenäitajad. Sama tervisealase enesehinnanguga inimestel võivad olla tegelikult täiesti erinevad objektiivse tervise näitajad (Beam Dowd ja Zajacova, 2010). Beam Dowd ja Zajacova (2010) uuringu tulemustest selgus, et kuigi erinevad inimesed võisid olla enda tervist hinnanud samaväärselt väga heaks, olid paremad tervisenäitajad neil inimestel, kellel oli kõrgem haridus.

1.3. Sotsiaalmajanduslik ebavõrdsus

Inimese sotsiaalmajanduslikku staatust (ka positsioon, taust) määratletakse (ingl k *socioeconomic status* ehk SES) kui tunnust, mis on kombineeritud inimese majanduslikust ja sotsiaalsest staatusest. Inimese sotsiaalmajanduslikku staatust näitavad enamasti järgnevad tegurid: haridus, amet, sissetulek, jõukus ja majanduslik puudujääk ning vanemate hariduslik ja majanduslik taust (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch ja Smith, 2006).

Erinevused sotsiaalmajanduslikus staatuses põhjustavad sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust, mida määratletakse antud töö fookuses kui erinevusi terviseprobleemide esinemissageduses madala ja kõrge sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste vahel ning mis on enamasti mõõdetud sissetuleku, hariduse ja ameti kaudu (Radevic jt, 2016).

Inimese sotsiaalmajanduslik positsioon mõjutab tugevalt seda, milline on tema tervis ning tervisealane enesehinnang. Erineva positsiooniga inimestel on erinevad võimalused tervise edendamiseks või piirangud, mis võivad inimese tervisele negatiivset mõju avaldada.

1.4. Vanemate sotsiaalmajandusliku positsiooni mõju laste tervisele ja tervise enesehinnangule

Lapsed ja noored on oma vanematest ning nende võimalustest väga sõltuvad. Vanemate põhimõtted ja valikud mõjutavad nende lapsi otseselt just noores eas, kuid võetakse osaliselt kaasa ka vanemaks saades. Nii on näiteks laste tervis osaliselt mõjutatud sellest, milliseid võimalusi ja valikuid vanemad neile pakuvad. Lastel, kelle vanematel on madalam sotsiaalmajanduslik positsioon, on rohkem tervisealaseid negatiivseid kogemusi ning kehvem tervisega seotud elukvaliteet kui neil lastel, kelle vanematel on kõrgem sissetulek ning rohkem läbitud haridusaastaid (Spurrier jt, 2003).

Eesti koolinoorte tervise ja perekonna sotsiaal-majandusliku seose uurimisel on leitud, et perekonna majanduslik seis on positiivses korrelatsioonis õpilase hinnanguga oma üldisele tervislikule seisundile (Harro, 2002). Analüüsist selgus, et parema majandusliku toimetulekuga õpilaste seas esines vähem erinevaid tervishädasid ning vaesematel õpilastel esines lisaks füüsilistele terviseprobleemidele rohkem ka vaimse tervise probleeme, kus tunti end kurvameelsetena või olukorras, kus ei ole enda probleemidest kellelegi rääkida. Seega on sotsiaalsel positsioonil mõju nii laste kui ka noorte tervisele: mida kõrgem sotsiaalne positsioon, seda parem terviseprofiil (Starfield, Robertson ja Riley, 2002).

Ka Soome noorte seas läbi viidud uuringust selgus, et vanemate sotsiaalmajanduslikul positsioonil on laste tervisele teatav mõju: lapsel oli suurem oht olla ülekaalus või kehva tervisealase enesehinnanguga, kui mõlemad vanemad olid maksimaalselt vaid 9-11 aastat (määratletud kui keskmine haridustase) koolis käinud võrreldes lastega, kellel vähemalt ühel vanemal oli omandatud vähemalt 12 aastat haridust (kõrge haridustase) (Koivusilta, Rimpelä ja Kautiainen, 2006). Mõlema vanema madal (maksimaalselt üheksa haridusaastat) haridustase oli seotud ka noorte pikaajaliste haigustega ning lisaks selgus uuringust asjaolu, et noorukid, kellel vaid üks vanem tööl käis, olid võrreldes mõlema töötava vanemaga noortega sagedamini ülekaalulised, kasutasid vaimse tervisega seotud teenuseid, neil oli kehvem tervisealane enesehinnang ja rohkem iganädalasi terviseprobleeme. Negatiivset korrelatsiooni noorte kehakaalu ning vanemate hariduse vahel kinnitab ka Ameerikas läbi viidud uuring (Kant ja Graubard, 2013).

Samas on leitud, et laste ja noorukite võrdluses avaldab vanemate madal haridustase negatiivsemat mõju pigem just laste tervisele ning sellealasele enesehinnangule, seevastu noorukite tervisele ning sellealasele enesehinnangule avaldab negatiivset mõju pigem just madalam perekondlik jõukus (Von Rueden, Gosch, Rajmil, Bisegger ja Ravens-Sieberer, 2006). Seda võib põhjustada asjaolu, et lastel on toitumisalaste valikute tegemisel väiksem autonoomsus ning seega on pakutavad valikud ja võimalused mõjutatud suuresti ka vanemate teadmistest. Seevastu teismelistel on autonoomsust otsuste tegemisel rohkem kui lastel.

Samas ei ole vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon oluline mõjutegur vaid lapse- või noorukiea tervisele ning tervise enesehinnangule. Lapsepõlve elamistingimused, sealhulgas majanduslik olukord ning sellega seonduvad probleemid või eelised on olulised tegurid prognoosimaks täiskasvanuea tervislikku seisundit (Rahkonen jt, 1997). Lapsepõlve ja teismee

sotsiaalmajanduslikku tausta nähakse olulise mõjutajana täiskasvanuea tervisele, kuna noores eas kujunevad välja erinevad harjumused, hoiakud ning võimalused, mis hilisemas eas tervist mõjutavad. Lisaks võivad nooremas eas välja kujuneda ka erinevad vaimsed ja füüsilised probleemid, mis jäävad inimest ka ülejäänud elu jooksul saatma.

1.5. Täiskasvanuea tervis ning tervisealane enesehinnang, seosed vanemate sotsiaalmajandusliku staatusega

Inimeste tervis ning tervisealane enesehinnang on tugevalt mõjutatud nende elus toimuvast. Eesti Terviseuuringu 2006. aasta andmetest selgus, et positiivsem terviseenesehinnang on enamasti kõrgema hariduse ja sissetulekuga inimestel. On leitud, et näiteks algharidusega inimeste seas on võrreldes kõrgharitudetega neli korda rohkem neid, kes peavad enda tervist halvaks (Radevic jt, 2016). Kõrgema hariduse, majandusliku aktiivsuse ja parema tervise enesehinnangu vahelist positiivset seost kinnitavad ka 2018. aasta Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuringu andmed.

Negatiivsema tervise enesehinnanguga on pigem kroonilisi haiguseid, emotsionaalset stressi ning füüsilisi tegutsemispiiranguid kogevad inimesed (Reile ja Leinsalu, 2013). Negatiivsemat tervise enesehinnangut on lisaks täheldatud ka neil, kes teevad füüsilist tööd (Norström, Virtanen, Hammarström, Gustafsson ja Janlert, 2014), on vallalised (Radevic jt, 2016) ning valdavalt pigem meestel kui naistel (Norström jt, 2014; Radevic jt, 2016). Ootuspäraselt on negatiivsem tervise enesehinnang pigem vanematel inimestel (Radevic jt, 2016). Vanematel inimestel on üldiselt ka rohkem tervisega seotud probleeme, mille tõttu hinnataksegi enda tervist teiste vanusegruppidega võrreldes kehvemaks. Elustiili võrdluses on negatiivsem enesehinnang üldiselt neil, kes suitsetavad, tarbivad alkoholi või muid meelemärke (Tsai, Ford, Li, Pearson ja Zhao, 2010; Wang, Ho, Wing-Sze, Lai ja Lam, 2012; Tsai jt, 2017).

Lisaks inimese enda omadustele ja taustale on väga oluliseks mõjuteguriks tema tervisele ja tervise enesehinnangule ka vanemate sotsiaalmajanduslik taust. Sotsiaalmajanduslikul taustal lapsepõlves ning eelkõige vanemate haridusel on oluline seos ülekaalulisusega täiskasvanueas (Wagner, Bastos, Navarro, Gonzalez-Chica ja Boing, 2018). Wagneri jt (2018) tulemustest selgus, et naistel, kelle lapsepõlves oli tema vanematel kõrgem sotsiaalmajanduslik positsioon, olid ka

kehamassiindeks ning vööümbermõõt madalamad kui neil, kellel oli madalam sotsiaalmajanduslik positsioon, kuid samas meeste puhul oli olukord vastupidine: kõrgem sotsiaalmajanduslik positsioon lapsepõlves oli seotud ka suurema vööümbermõõduga. Seega täheldati vaid naiste puhul seda, et kõrgem sotsiaalmajanduslik positsioon lapsepõlves toob kaasa ka väiksema tõenäosuse olla täiskasvanueas rasvunud.

Erinevad uuringud USA-s (Pudrovskaja, Logan ja Richman, 2014; Sherman, Fowler-Brown, Raghunathan ja Van Hoewyk, 2006) ja Prantsusmaal (Khlatai, Jusot ja Ville, 2009) on tõestanud, et kaalutõus ning kõrgem kehakaal vanemas eas on seotud kehvemate sotsiaalmajanduslike näitajatega nooremas eas. Kõigi uuringute puhul leiti seos just naiste kõrgema kehakaalu ning nooremana kogetud madala sotsiaalmajandusliku staatuse vahel. Perekonna sotsiaalmajandusliku tausta mõju just tütarde kehakaalule ja tervisele võib seostada asjaoluga, et varasemalt on just tütreid kasvatatud põhimõttega, et neist saavad tulevikus perekonna tervisetemade eest seisjad (Pudrovskaja jt, 2014). Lisaks on paljud longituuduuringud, mis näitavad perekondliku tausta tugevat mõju just naistele, läbi viidud ajal, mil soovitud oli pigem poisslaste areng ning tütreid nähti kui koduseid toimetajaid, kes viisid enda lapsepõlvest päritut edasi ka enda tulevasse perekonda.

Lapsepõlve sotsiaalmajanduslik taust mõjutab ka täiskasvanuea toitumisharjumusi: lapsepõlves olevad võimalused erinevate toitudega kokkupuutumiseks kujundavad täiskasvanuea toitumiseelistusi ning see omakorda võib põhjustada ülekaalulisust või rasvumist (Ebbeling, Pawlak ja Ludwig, 2002). Lisaks mõjutab perekondlik sotsiaalmajanduslik taust ka seda, kui tihti süüakse koos: tihedamaid perekondlikke söögikordi seostatakse noorte puhul ka paremate toitumisharjumustega (Neumark-Sztainer, Wall, Fulkerson ja Larson, 2013). Kuna Neumark-Sztaineri jt (2013) andmetel söövad madalama sotsiaalmajandusliku taustaga noored perekondlikult vähem koos, siis võib see omakorda mõjutada ka nende kehvemaid toitumisharjumusi, mis kanduvad edasi ka hilisemasse täiskasvanuelli. Samas on leitud, et vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon avaldab mõju pigem naistele, kuna meeste puhul on suuremaks mõjutajaks pigem just nende täiskasvanuea sotsiaalmajanduslik positsioon (Hare-Bruun, Togo, Andersen ja Heitmann, 2011).

Lapsepõlve madalam sotsiaalmajanduslik positsioon mõjutab oluliselt ka südame- ja veresoonkonna haigustesse haigestumise ja sellesse suremise riski täiskasvanuna (Claussen, Davey ja Thelle, 2003). Briti naiste seas läbi viidud uuringust selgus, et naised, kellel oli lapsepõlves madalam sotsiaalmajanduslik positsioon, olid täiskasvanuna vähem füüsiliselt aktiivsed ja

suitsetajad ning põdesid rohkem ka südamehaigusi (Lawlor, Davey Smith ja Ebrahim, 2004). See võib osaliselt olla põhjustatud asjaolust, et kehvematest sotsiaalmajanduslikest tingimustest pärit inimestel on juba varases eas kujunenud välja kehvemad toitumisharjumused ning tervislikku eluviisi ei peeta ülemäära tähtsaks. Süüakse vähem puu- ja juurvilju ning mitmekülgset ja täisväärtuslikku toitu mitmel korral päevas.

Samas see omakorda kandub edasi täiskasvanuikka ning toob kaasa erinevad probleemid südamega, kuna südame- ja veresoonkonna haiguste tekkimine on positiivses korrelatsioonis ebatervisliku eluviisi ning kehvemate toitumisvalikutega (Eksin, Ingerainen ja Lausvee, 2012; Tillmann, 2018). Lisaks on Maailma Terviseorganisatsiooni (2003) soovitusel krooniliste haiguste ennetamiseks oluline süüa igapäevaselt 400 grammi puu- ja juurvilju, kuid madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga perekondadel ei pruugi olla võimalust selle piirnormi täitmiseks. Seega tekib risk, kus süüakse vähem, kui soovituslik on või asendatakse see kehvemate valikutega ning seeläbi juurutatakse toitumisharjumusi, mis võivad ka vanemas eas domineerima jääda.

PROBLEEMI PÜSTITUS

Inimeste tervise enesehinnangut mõjutavad erinevad faktorid ning seetõttu jagunetakse tervise enesehinnangu poolest erinevatesse kategooriatesse. On inimesi, kes peavad enda tervist väga heaks, kuid samas on ka neid, kelle tervise enesehinnang on väga madal. Kusjuures kardinaalselt erinev arvamus võib olla ka kahel pealtnäha sarnase tervisega inimesel. Varasemate uuringute põhjal on inimese tervis ja tervise enesehinnang seotud tugevalt tema elustiili ning nii tema kui ka tema vanemate sotsiaalmajandusliku positsiooniga (Ebbeling jt, 2002; Lawlor jt, 2004; Radevic jt, 2016; Wagner jt, 2018).

Inimeste tervise ja tervise enesehinnangu uurimine on oluline, kuna tervise enesehinnang on sotsiaalteaduslikes uuringutes oluline indikaator, mis ennustab haigestumist ja suremist (Altman jt, 2016). Oluline on vaadata just võimalikult paljude erinevate tunnuste koosmõju, kuna nii enda kui ka vanemate sotsiaalmajanduslikku positsiooni ning elustiili käsitlevad tegurid prognoosivad tunduvalt täpsemalt vastaja tervise enesehinnangut kui üksiktunnused eraldi.

Antud bakalaureusetöö eesmärk on uurida, kuidas on vastaja tervise enesehinnang seotud tema elustiili ja sotsiaalmajandusliku positsiooniga ning eelkõige seda, millist mõju avaldab vastaja tervisele ja tervise enesehinnangule tema vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon sel ajal, kui vastaja oli teismeline.

Bakalaureusetöö eesmärgist tulenevalt on töös kaks uurimisküsimust.

- 1) Kuidas on vastaja elustiil ning sotsiaalmajanduslik positsioon seotud tema tervise ja tervise enesehinnanguga?
- 2) Kuidas on vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon vastaja teismeeas seotud vastaja tervise ja tervise enesehinnanguga?

2. METOODIKA

2.1. Andmed

Bakalaureusetöö analüüsis on kasutatud Euroopa Sotsiaaluuringu 2014. aasta andmeid. Euroopa Sotsiaaluuring on 2001. aastal alguse saanud rahvusvaheline sotsiaalteaduslik uuring, mida viiakse Euroopa riikides läbi iga kahe aasta tagant (Euroopa Sotsiaaluuring (ESS), i.a). Euroopa Sotsiaaluuringu andmeid on kasutatud seetõttu, et tegu on suure ja esindusliku andmestikuga, kus on korraga esindatud nii tervise, elustiili kui ka sotsiaalmajandusliku tausta tunnused. Kusjuures iga uuringus osaleva riigi valim on esinduslik selle riigi elanikkonna suhtes vanuses 15 ja rohkem eluaastat. Töös on kasutatud 2014. aasta andmeid ka seetõttu, et just sel aastal oli uuringus olemas ka tervise ebavõrdsust käsitlev eriblokk. Analüüsis on kasutatud vaid Eesti andmeid. Kokku oli Eestist vastajaid 2051. Sooline jaotus oli järgnev: 46% vastanutest olid mehed ning 54% naised.

2.2. Analüüsimeetodid

Kirjeldav statistika tunnuste kohta on esitatud risttabelite põhjal koostatud joonistena, kuna jooniste abil on lugejal kergem mõista, milline oli vastajate statistiline jaotus erinevate tunnuste lõikes. Kirjeldava statistika osas on kasutatud ka keskmiste võrdlust.

Töös on kasutatud logistilist regressiooni, kuna see annab võimaluse vaadata erinevate tunnuste vahelisi seoseid korraga ning ka järelduste tegemisel arvestatakse kõiki tunnuseid koos komplektina. Regressioonianalüüsi eesmärk on leida, kuidas on seotud omavahel vastaja tervisealne enesehinnang ning elustiili ja sotsiaalmajanduslikku positsiooni kirjeldavad tegurid. Lisaks sellele on eesmärk leida, kuidas on seotud subjektiivne tervis just vanemate sotsiaalmajandusliku taustaga.

Töös on kasutatud kvantitatiivset andmeanalüüsi ning statistiliste järelduste tegemisel ja tõlgendamisel on kasutatud valdavalt 95% usaldusnivood.

2.3. Tunnused

Töös on kasutatud ühte sõltuvat tunnust: **vastaja enesehinnang oma tervisele**. Tunnus tervise enesehinnangu kohta oli esialgselt viie vastusevariandiga: väga hea, hea, rahuldav, halb, väga halb. Bakalaureusetöö analüüsiks on kokku kodeeritud vastajad, kes vastasid, et nende tervis on rahuldav, hea ja väga hea (tulemuseks hea ja rahuldav tervis) ning inimesed, kes vastasid et nende tervis on väga halb või halb (halva ja väga halva tervisega vastajad). Vastajad on sel viisil kokku kodeeritud seetõttu, et töös on soovitud prognoosida just hea tervise puudumist ning sel viisil on võimalik välja tuua ka maksimaalne kontrast.

Töös on kasutatud ka mitmeid sõltumatuid tunnuseid, mis on andmeanalüüsi lihtsustamiseks ümber kodeeritud. Kaks eraldi tunnust, kas isa on Eestis sündinud ning kas ema on Eestis sündinud, on töös kokku kodeeritud üheks tunnuseks ning uue tunnuse nimeks sai **vanemate päritolu**. Neil, kelle mõlemad vanemad olid pärit Eestis, jäigi vanemate päritoluks Eesti. Neil, kelle kumbki vanem ei olnud riigis sündinud, jäi vanemate päritoluks välismaa. Kolmandaks kategooriaks olid vastajad, kelle üks vanem oli ning üks vanem ei olnud Eestist pärit.

Kehamassiindeksi saamiseks on kasutatud vastaja kaalu ja pikkuse tunnust. Vastaja kaal kilogrammides on jagatud pikkuse (meetrites) ruuduga ning tulemuseks on saadud vastaja kehamassiindeks.

Suitsetamise tunnuse puhul on samuti mõned kategooriad kokku võetud. Kui algselt oli kokku viis kategooriat (igapäevaselt suitsetajad; suitsetajad, kuid kes ei tee seda igapäevaselt; endised suitsetajad, kes enam ei suitseta; vaid mõned korrad elus suitsetanud ning mitte kunagi suitsetanud vastajad), siis ümberkodeerimise tulemusel jäi alles neli kategooriat. Igapäevased suitsetajad jäid endiselt eraldiseisvatena, kuid kokku on kodeeritud vastajad, kes suitsetavad, kuid ei tee seda igapäevaselt ning need, kes ei suitseta, kuid tegid seda varem. Eraldiseisvateks kategooriateks jäid ka need, kes on suitsetanud ainult mõned korrad, ning need vastajad, kes ei ole kunagi suitsetanud.

Ka järgnev elustiili puudutav tunnus, **alkoholi tarbimine**, on kahest tunnusest kokku kodeeritud. Kokku on kodeeritud viimati nädala sees (esmaspäevast neljapäevani) ja nädalavahetusel (reedest pühapäevani) tarbitud alkoholi kogused grammides. Saadud on tunnus, mis käsitleb üldiselt tarbitud alkoholi kogust grammides.

Sotsiaalmajanduslikku positsiooni näitavatest tunnustest on samuti mitmed ümber kodeeritud. Ümber on kodeeritud näiteks **vastaja haridust hõlmav tunnus**. Kokku on kodeeritud kõik maksimaalselt põhiharidusega ning kõik kesk-, kutse- ja kõrgharidusega vastajad. Seega jäi hariduse kategooriaid alles neli.

Vastaja vanemate haridus on võrreldes vastaja enda haridusega kokku kodeeritud mõnevõrra erinevalt. Isa ja ema hariduse puhul on eraldi lisaks välja toodud kuni algharidusega inimesed, seejärel põhi- kesk- kutse- ja kõrgharidusega inimesed. Alles jäi viis kategooriat.

Ka enda ja vanemate ameti tunnuste puhul on vastusevariandid kokku kodeeritud. **Enda ameti tunnuse** puhul jäid alles järgnevad ametikategooriad:

- 1) juhid;
- 2) tippspetsialistid, professionaalid;
- 3) keskastmespetsialistid;
- 4) assisteerivatel ja abistavatel töödel töötavad inimesed;
- 5) teeninduse- ja müügitöötajad;
- 6) oskustöölised (hõlmavad endas ka põllumajanduses töötavaid inimesi);
- 7) tehase- ja masinatöölised;
- 8) lihttöölised.

Vähese indiviidide arvu tõttu on analüüsist välja jäetud sõjaväelased.

Vanemate ametite puhul on kokku kodeeritud kõrgema taseme töötajad (erineva taseme juhid, kontoritöötajad jm valgekraed) ning müügi ja teenindusega tegelevad inimesed. Nii ema kui ka isa ameti kokku kodeerimiste tulemus on järgnev:

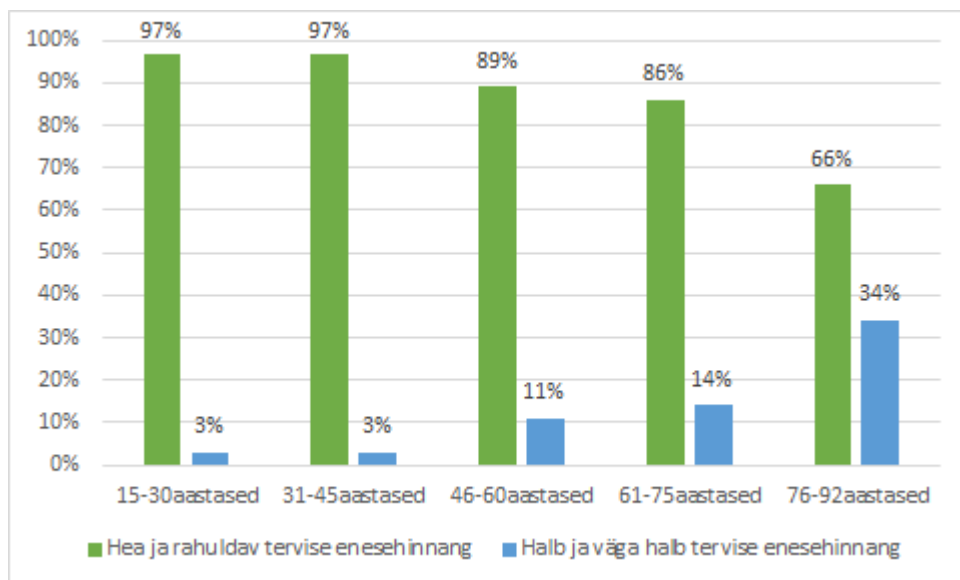
- 1) spetsialistid ja juhid;
- 2) teenindajad ja müügitöötajad;
- 3) oskustöölised;
- 4) keskmiste oskustega töölised;
- 5) lihttöölised;
- 6) põllumajandustöölised.

3. ANALÜÜS

3.1. Tervise enesehinnang erinevate sõltumatute tunnuste lõikes

Tervise enesehinnang erinevate gruppide vahel erineb küllaltki märgatavalt. Soopõhisest analüüsist selgus, et meeste ja naiste seas on üsna võrdväärselt neid, kes peavad enda tervist heaks või rahuldavaks (vastavalt 91% ja 89%).

Vanuseliselt on kõige parem subjektiivne tervis noorematel vanusegruppidel vahemikus 15-45 eluaastat (Joonis 1). Selles vahemikus peavad enda tervist heaks või rahuldavaks 97% vastajatest. Samas hilisemas eas nende vastajate arv, kes enda tervist heaks või rahuldavaks peavad, märgatavalt langeb. 46-60aastaste seas on neid inimesi 89%, 61-75aastaste seas 86% ning 76-92aastaste seas koguni 66%.



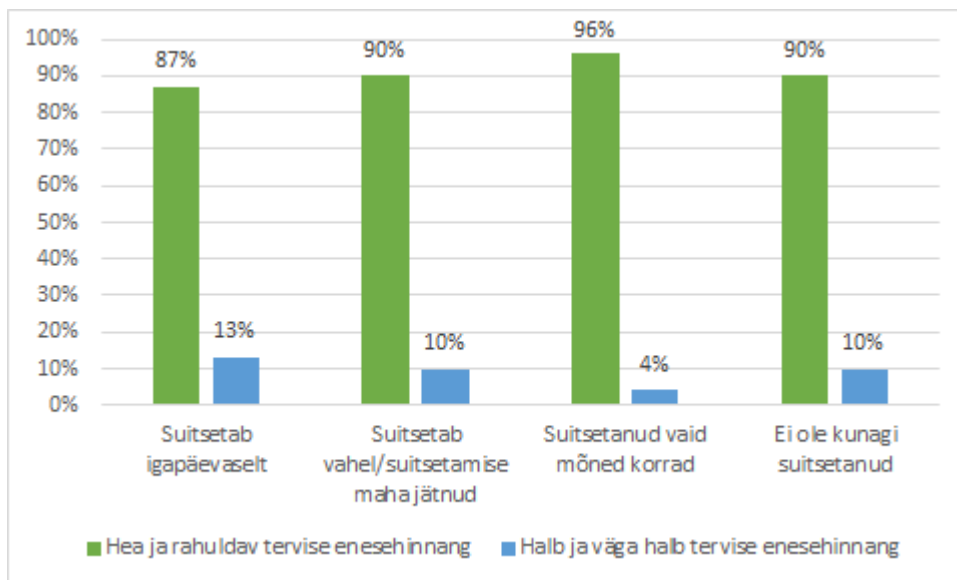
Joonis 1. Tervise enesehinnang vanusegruppide lõikes

Tervise enesehinnangut mõjutab ka see, kas elatakse abikaasa või partneriga koos. Abikaasa või partneriga koos elavate inimeste seas on hea ja rahuldav tervise enesehinnang 93% vastajatest. Samas nende seas, kes ei ela abikaasa või partneriga koos, oli hea või rahuldava subjektiivse tervisega inimesi vähem ehk 86%.

Eestlaste seas oli võrreldes rahvusvähemustega üsna võrdväärselt neid, kes pidasid enda tervist heaks või rahuldavaks. Kui eestlaste seas oli neid inimesi 91%, siis rahvusvähemuste seas 89%.

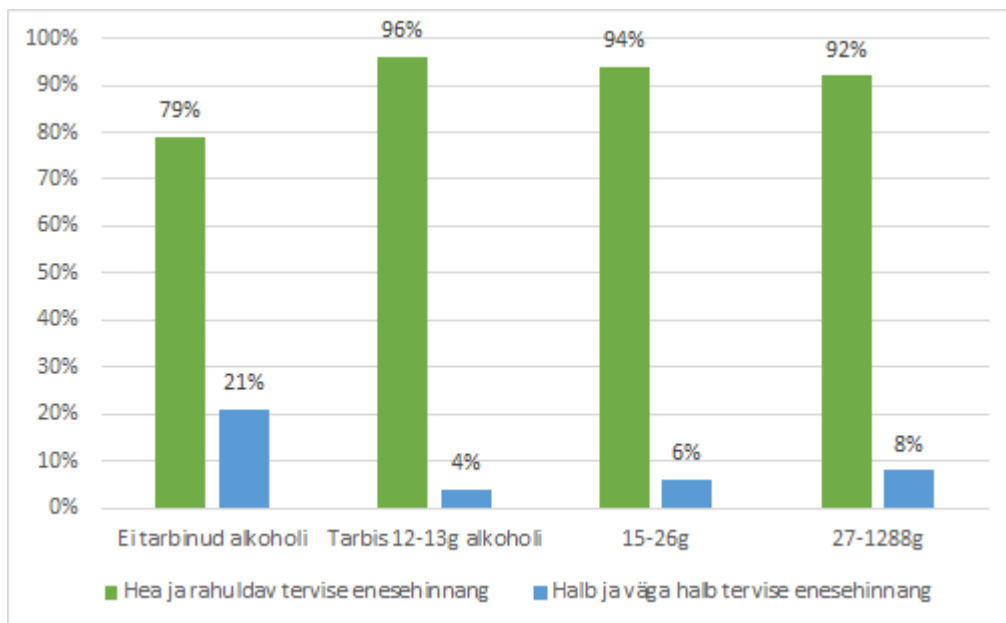
Vastajate tervisealane enesehinnang on seotud ka erinevate elustiili teguritega. Selgus, et hea ja rahuldava subjektiivse tervisega inimesed olid viimase nädala jooksul keskmiselt neljal päeval füüsiliselt aktiivsed. Samas halva ja väga halva subjektiivse tervisega inimesed olid viimase nädala jooksul füüsiliselt aktiivsed keskmiselt kahel päeval.

Joonis 2 andmetest selgub, et kõige vähem on neid, kes peavad enda tervist heaks või rahuldavaks, igapäevaste suitsetajate seas (87%). Vahel suitsetajate või selle maha jätnud ning mitte kunagi suitsetanud inimeste seas oli vastajaid, kes pidasid enda tervist heaks või rahuldavaks, 90% ning vaid mõned korrad suitsetanud inimeste seas oli hea või rahuldava tervise enesehinnanguga vastajaid 96%.



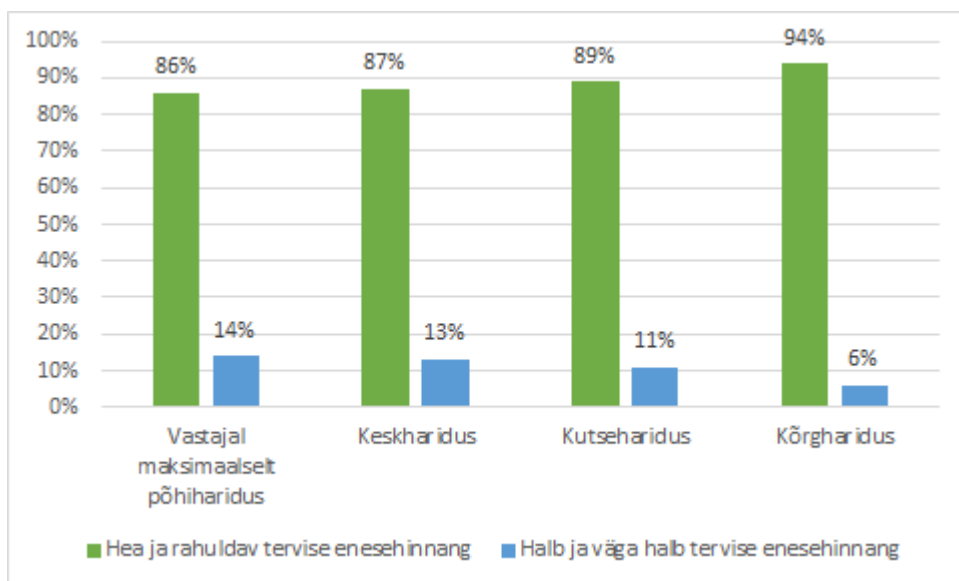
Joonis 2. Tervise enesehinnang vastavalt suitsetamise sagedusele

Alkoholi tarbimise analüüsist selgus, et kõige rohkem on halva ja väga harva tervise enesehinnanguga inimesi nende vastajate seas, kes ei tarbi üldse alkoholi (Joonis 3). Põhjus võib olla tingitud sellest, et alkoholi ei tarbitudki just halva tervise tõttu.



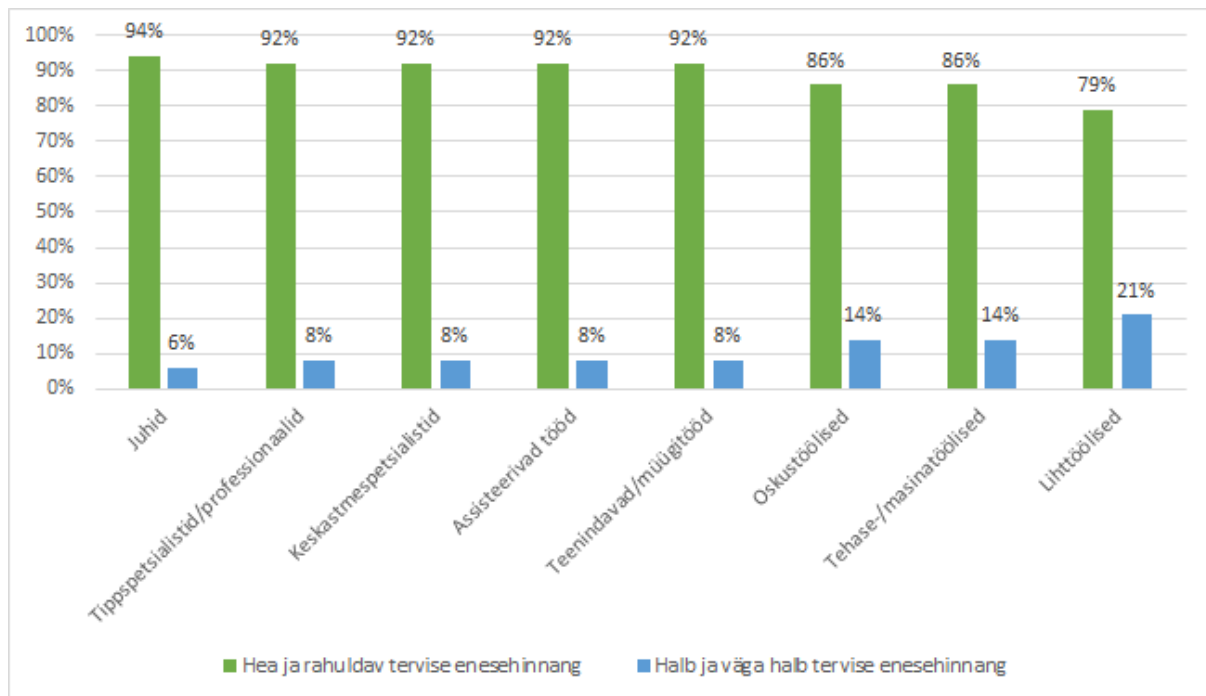
Joonis 3. Tervise enesehinnang vastavalt alkoholi tarbimise (grammides) sagedusele

Lisaks eelnevatele tunnustele on vastaja tervise enesehinnanguga seotud ka tema sotsiaalmajanduslik positsioon. Joonis 4 põhjal on näha, et kõige rohkem on hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi kõrgharitud inimeste seas (94%), seejärel kutsehariduse omandanud inimeste (89%), keskkharidusega inimeste (87%) ning kõige vähem maksimaalselt põhihariduse omandanud inimeste seas (86%).



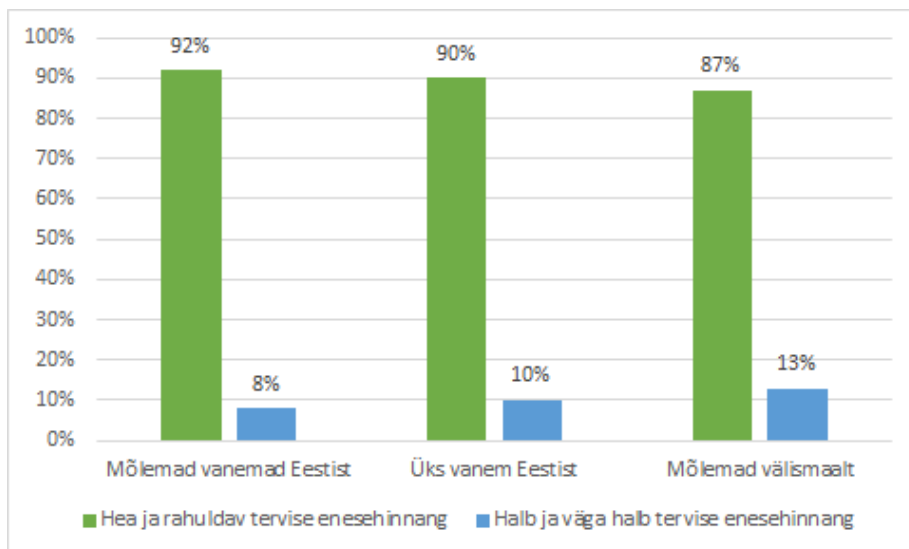
Joonis 4. Tervise enesehinnang haridustasemete lõikes

Ka ametite võrdluses Joonisel 5 selgus, et kõrgematel ametipositsioonidel olevate inimeste seas on rohkem neid, kes peavad enda tervist heaks või rahuldavaks. Seega on kõige rohkem hea ja rahuldava tervisealase enesehinnanguga inimesi just juhtide seas (94%) ning kõige vähem on hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi lihttöölise seas (79%).



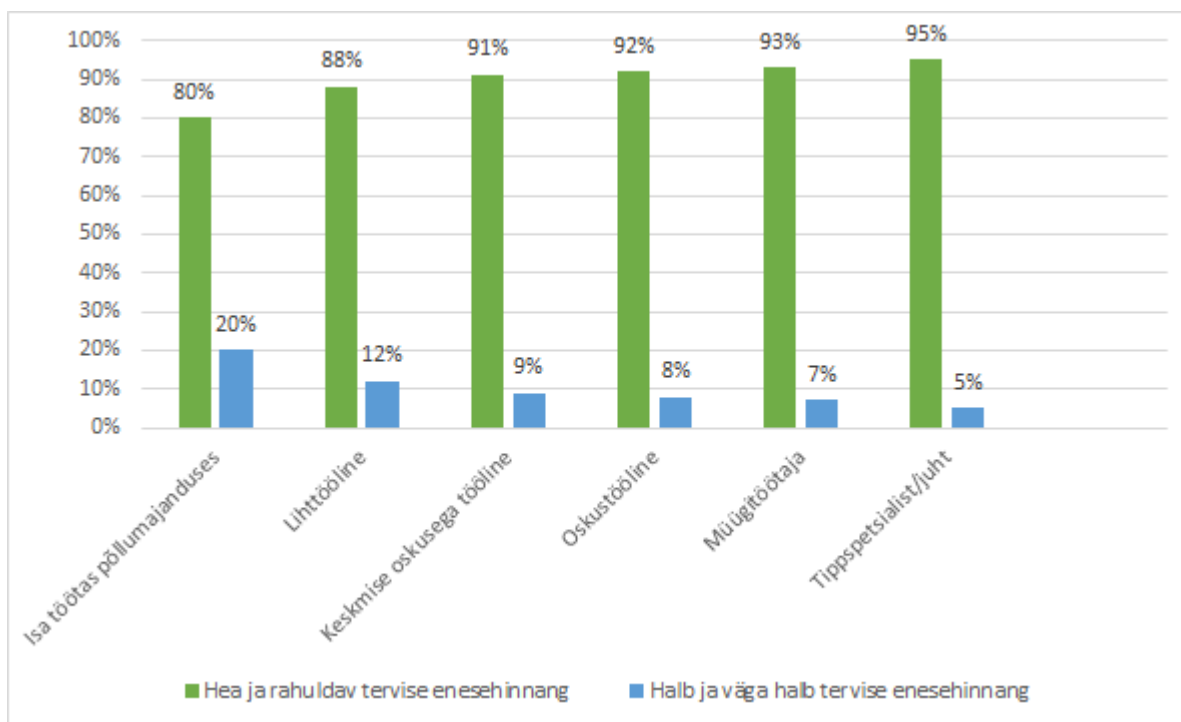
Joonis 5. Tervise enesehinnang ametite lõikes

Lisaks vastaja enda sotsiaalmajanduslikule positsioonile ning elustiilile on tema tervise enesehinnanguga seotud ka vanemate sotsiaalmajanduslik taust. Kõige rohkem (92%) on hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi nende vastajate seas, kelle mõlemad vanemad olid pärit Eestist (Joonis 6). Ühe Eestist pärit vanemaga vastajate seas oli hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi 90% ning mõlema välismaalt pärit vanemaga vastajate seas 87%.

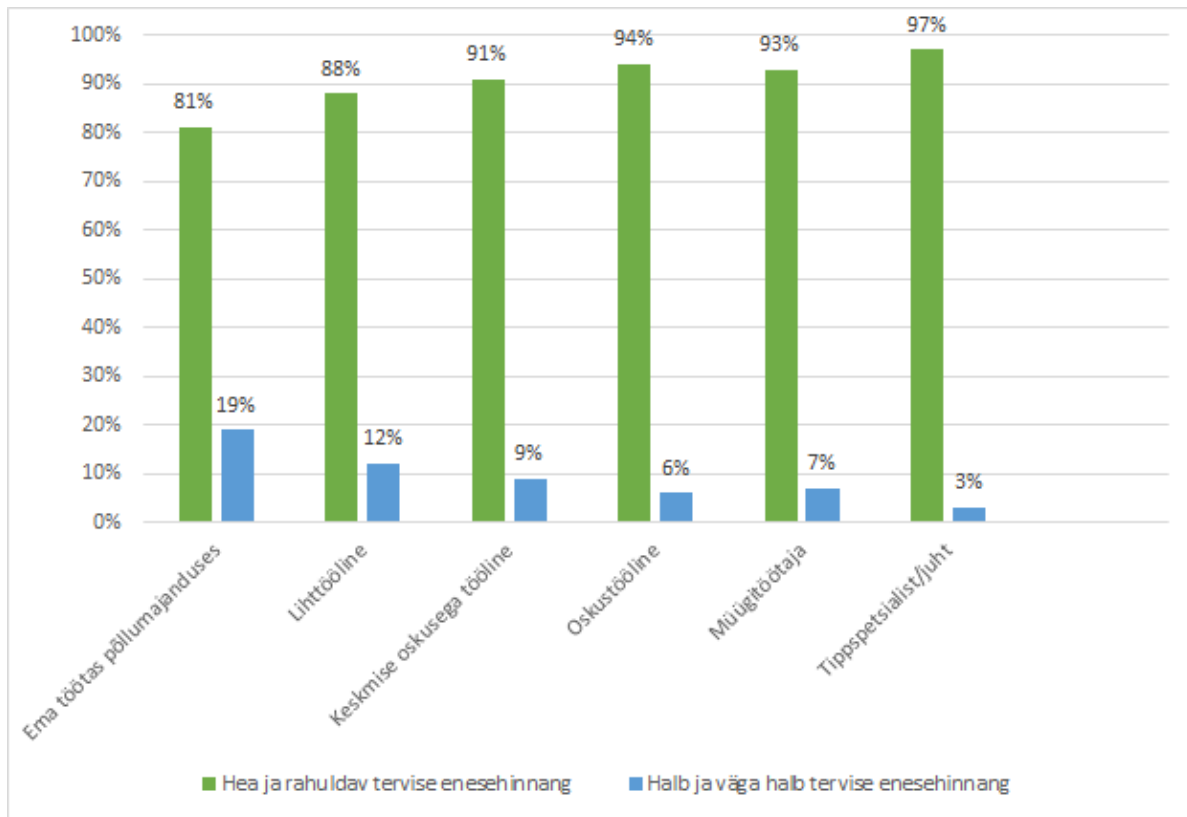


Joonis 6. Tervise enesehinnang vastavalt vanemate päritolule

Kõige rohkem on hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi nende vastajate seas, kelle isa (95%) või ema (97%) oli vastaja teismeeas tippspetsialist või juht (Joonis 7, Joonis 8). Samas kõige vähem on hea ja rahuldava subjektiivse tervisega inimesi nende seas, kelle isa (80%) või ema (81%) töötas vastaja teismeeas põllumajanduses.



Joonis 7. Tervise enesehinnang sõltuvalt isa ametist vastaja teismeeas



Joonis 8. Tervise enesehinnang sõltuvalt ema ametist vastaja teismeeas

3.2. Logistilise regressiooni mudelid

Töös on kasutatud logistilist regressiooni, mille eesmärk oli leida seos tervise ning vanemate sotsiaalmajandusliku staatuse, vastaja sotsiaalmajanduslike ja elustiili näitajate vahel. Esitatud on logistilise regressiooni mudelid. Analüüs on tehtud selliselt, et sõltuvaks tunnuseks, mida prognoositakse, on võetud halb ja väga halb tervisealane enesehinnang. Taustakategooriaks on võetud väga hea, hea ja rahuldav tervise enesehinnang. Sõltumatud tunnused mudelites olid järgnevad: rahvusvähemusse kuulumine, sugu, vanus, abikaasa või partneriga koos elamine, haridus, amet, füüsilise aktiivsuse (vähemalt 30 minutit päevas) sagedus, kehamassiindeks, suitsetamine, alkoholi tarbimine grammides, vanemate päritolu, vanemate ametid. Multikollineaarsuse vältimiseks on esitatud kolm mudelit, millest esimese fookus on enda haridusel ja ametil, teise mudelisse on juurde lisatud isa amet ning kolmandasse mudelisse on juurde lisatud ema amet.

Tabel 1. Vastaja subjektiivset tervist prognoosivad mudelid (vanemate) sotsiaalmajanduslike ning elustiili tegurite põhjal

	MUDEL VAID VASTAJA ENDA NÄITAJATEGA			MUDEL KOOS ISA AMETIGA			MUDEL KOOS EMA AMETIGA		
	B	Exp(B)	Sig	B	Exp(B)	Sig	B	Exp(B)	Sig
Vabaliige	-4,80	0,01	0,000	-4,15	0,02	0,000	-5,75	0	0,000
Rahvusvähemusse kuulumine (taust: mittekuulumine)	-0,03	0,97	0,91	0,12	1,13	0,686	-0,31	0,73	0,301
Mees (taust: naine)	-0,47	0,62	0,050	-0,44	0,65	0,130	-0,34	0,71	0,212
Vanus (aastates)	0,05	1,06	0,000	0,05	1,05	0,000	0,05	1,05	0,000
Abikaasa/kaaslasega elamine (taust: ei ela partneriga)	-0,5	0,61	0,012	-0,8	0,45	0,001	-0,52	0,6	0,023
Maksimaalselt põhiharidus (taust: kõrgharidus)	0,15	1,17	0,689	-0,11	0,9	0,811	0,05	1,05	0,911
Keskharidus (taust: kõrgharidus)	0,67	1,96	0,028	0,55	1,73	0,115	0,66	1,93	0,058
Kutseharidus (taust: kõrgharidus)	0,32	1,37	0,256	-0,05	0,95	0,874	0,35	1,42	0,275
Juhid (taust: lihttöölised)	-0,92	0,4	0,021	-1,19	0,31	0,012	-0,49	0,61	0,283
Tippspetsialistid/professionaalid (taust: lihttöölised)	-0,89	0,41	0,015	-1,16	0,31	0,009	-0,36	0,7	0,392
Keskastmespetsialistid (taust: lihttöölised)	-1,28	0,28	0,004	-1,32	0,27	0,007	-0,84	0,43	0,083
Assisteerivad/abistavad ametid (taust: lihttöölised)	-1,45	0,23	0,012	-1,54	0,21	0,019	-1,58	0,21	0,030
Teeninduse- ja müügitöötajad (taust: lihttöölised)	-0,69	0,5	0,062	-0,77	0,46	0,070	-0,25	0,78	0,543
Oskustöölised (taust: lihttöölised)	-0,36	0,7	0,264	-0,38	0,69	0,318	-0,09	0,91	0,809
Tehase- ja masinatöölised (taust: lihttöölised)	-0,77	0,46	0,040	-0,98	0,38	0,028	-0,69	0,5	0,129

Mitmel päeval nädalas füüsiliselt aktiivne (vähemalt 30min)	-0,25	0,78	0,000	-0,28	0,75	0,000	-0,25	0,78	0,000
Kehamassiindeks	0,02	1,02	0,288	0,01	1,01	0,748	0,02	1,02	0,462
Igapäevane suitsetamine (taust: mitte kunagi suitsetanud)	1,1	3	0,000	0,97	2,62	0,003	1,08	2,93	0,001
Suitsetamine maha jäetud/vahel suitsetamine (taust: mitte kunagi suitsetanud)	0,44	1,56	0,087	0,43	1,54	0,159	0,48	1,61	0,095
Vaid mõnel korral suitsetanud (taust: mitte kunagi suitsetanud)	0,24	1,27	0,555	0,44	1,55	0,323	-0,44	0,65	0,439
Alkoholi tarbimine grammides	0	1	0,405	0	1	0,632	0	1	0,689
Üks vanem pärit Eestist (taust: mõlemad vanemad Eestist)	0,65	1,92	0,031	0,72	2,06	0,044	0,97	2,63	0,003
Mõlemad vanemad pärit välismaalt (taust: mõlemad Eestist)	0,31	1,36	0,230	0,27	1,30	0,402	0,56	1,75	0,067
Isa/ema põllumajandustöötaja (taust: tippspetsialist/juht)	-	-	-	-0,92	2,51	0,031	-0,93	2,54	0,053
Isa/ema lihttöölaine (taust: tippspetsialist/juht)	-	-	-	0,29	1,33	0,610	0,82	2,28	0,095
Isa/ema keskmiste oskustega töötaja (taust: tippspetsialist/juht)	-	-	-	0,39	1,47	0,355	0,88	2,41	0,081
Isa/ema oskustöölaine (taust: tippspetsialist/juht)	-	-	-	0,65	1,92	0,096	0,16	1,17	0,763
Isa/ema teenindaja/müügitöötaja (taust: tippspetsialist/juht)	-	-	-	0,45	1,57	0,396	0,84	2,3	0,065
Indiviidide arv	1703			1357			1450		
Nagelkerke kordaja	0,27			0,3			0,27		
Coxi ja Snelli kordaja	0,12			0,13			0,12		

Tabelist 1 on näha, et esimese regressioonanalüüsi mudeli (mudel 1), mille fookus on vastaja enda haridusel ja ametil, kirjeldusaste on Nagelkerke kordajaga 0,27 ning Cox ja Snelli kordajaga 0,12. Mudelis on esitatud 1703 indiviidi andmed.

Mudelist 1 selgus, et on mitmeid elustiili tegureid, mis on inimeste tervise enesehinnanguga seotud. Usaldusnivool 5% on näha tunnuseid, mis olid halva ja väga halva tervise enesehinnangu prognoosimisel statistiliselt olulised. Analüüsi tulemustest selgus, et meestel on võrreldes naistega 38% võrra väiksem tõenäosus halvaks või väga halvaks terviseks võrreldes hea ja rahuldava tervisega meestega. Tervise enesehinnanguga on seotud ka vastaja vanus. Selgus, et mida vanem inimene, seda suurem tõenäosus negatiivsemaks tervise enesehinnanguks. Iga elatud aastaga tõuseb tõenäosus olla halva või väga halva tervisealase enesehinnanguga 6% võrra.

Subjektiivse tervisega on seotud ka abikaasa või partneriga koos elamine. Abikaasa või partneriga koos elavatel inimestel on 39% võrra väiksem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega vastajatega.

Vastaja sotsiaalmajanduslikest teguritest olid vaatluse all nii haridus kui ka amet. Hariduse puhul tuli oluline erinevus välja vaid kõrg- ja keskharidusega inimeste vahel. Keskharidusega inimestel on võrreldes kõrgharidusega inimestega 96% võrra suurem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega (taustakategooriaks hea ja rahuldava tervisega inimesed).

Ametite analüüsimisel selgus, et kõrgematel ametipositsioonidel olevate inimeste puhul on tõenäosus, et nad peavad enda tervist halvaks või väga halvaks, väiksem kui lihttöölise puhul. Näiteks juhtidel on võrreldes lihttöölistega 60% võrra ning tippspetsialistidel ja professionaalidel 59% võrra väiksem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega. Samas keskastmespetsialistidel on võrreldes lihttöölistega lausa 72% võrra väiksem tõenäosus olla (väga) halva tervisega ning assisteerivate ja abistavate kohtadel töötavatel inimestel on võrreldes lihttöölistega 77% võrra väiksem tõenäosus olla halva tervisega. Ka tehase ja masinatöölistel on võrreldes lihttöölistega 54% võrra väiksem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega inimestega.

Elustiili puudutavatest teguritest olid vaatluse all sportimine või füüsiliselt aktiivne olemine, suitsetamine ja alkoholi tarbimine ning kehamassiindeks. Selgus, et mida rohkematel päevadel on vastaja füüsiliselt aktiivne või teeb sporti (vähemalt 30 minutit päevas) seda väiksema tõenäosusega on tal halb või väga halb tervise enesehinnang võrreldes hea ja rahuldava tervisega. Iga lisanduv päev, kui inimene on vähemalt 30 minutit aktiivne, vähendab 22% võrra tõenäosust olla halva tervisega.

Suitsetamine on tervise enesehinnanguga hoopis negatiivselt seotud. Igapäevastel suitsetajatel on võrreldes mitte kunagi suitsetanud inimestega lausa kolm korda suurem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega inimestega.

Subjektiivse tervisega on seotud ka vanematega seotud näitajad. Näiteks vastajatel, kelle vanematest üks on pärit Eestist ning üks mujalt, on võrreldes vastajatega, kelle mõlemad vanemad on Eestist pärit, 92% võrra suurem tõenäosus halvaks või väga halvaks terviseks võrreldes hea ja rahuldava tervisega vastajatega.

Vanematega seoses on vaadatud veel seda, kas vanemate ametid prognoosivad vastaja halba või väga halba tervise enesehinnangut. Selleks on analüüsis tehtud kaks eraldi mudelit, milles kajastuvad vanemate ametid eraldi.

Mudelisse 2 on lisatud juurde tunnus, mis puudutab isa ametit sel ajal, kui vastaja oli 14-aastane. Mudelis on analüüsimisel 1357 indiviidi. Selgub, et selle mudeli kirjeldusaste on kõrgem, kui pelgalt enda ameti ja haridusega mudel (number 1). Kirjeldusaste Nagelkerke kordajaga oli 0,3 ning Coxi ja Snelli kordaja oli 0,13. Mudelist 2 selgus, et neil vastajatel, kelle isa oli põllumajandustöötaja, on võrreldes tippspetsialistide ja juhtide lastega 2,5 korda suurem tõenäosus halvaks või väga halvaks terviseks võrreldes hea ja rahuldava tervisega vastajatega.

Mudel 3 põhimõte on võrreldes mudeliga 2 sama, kuid isa amet on asendatud ema ametiga. Kõik muud tunnused kolmandas mudelis on samad, mis esimeses ja teises mudelis. Kolmandas mudelis on analüüsitud 1450 vastajat. Mudeli kirjeldusaste on võrreldes esimese mudeliga sama, kuid madalam kui teisel mudelil. Nagelkerke kordaja oli 0,27 ning Coxi ja Snelli kordaja 0,12. Selgus, et ema amet vastaja halba ega väga halba tervist 5% olulisuse nivool ei prognoosi, kuid 10% olulisuse nivool on ametite vahel statistiliselt olulisi erinevusi märgata küll. Selgus, et põllumajandustöötajate lastel on võrreldes tippspetsialistide ja juhtide lastega 2,5; lihttöölise lastel 2,3; keskmiste oskustega töötajate lastel 2,4 ning teenindajate ja müügitöötajate lastel 2,3 korda suurem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega inimestega. Seega on kõige suuremat erinevust märgata just madalama ja kõrgema ameti vahel. Samas nii ema kui ka isa ametiga tehtud mudeli puhul ei olnud statistiliselt olulised näitajad enam sugu ega vastaja haridus.

Kõigist kolmest mudelist selgus ka see, et kehamassiindeks, rahvusvähemusse kuulumine ning alkoholi tarbimine (grammides) ei olnud statistiliselt olulised tunnused ehk need tunnused ei prognoosinud vastajate halba ja väga halba subjektiivset tervist.

4. ARUTELU

Radevic jt (2016) kohaselt põhjustavad erinevused sotsiaalmajanduslikus staatuses sotsiaalmajanduslikku ebavõrdsust, mille kohaselt esineb madala ja kõrge sotsiaalmajandusliku staatusega inimeste vahel ka erinevusi terviseprobleemide esinemissageduses. Sellest võiks järeldada, et kui madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga inimestel esineb terviseprobleeme rohkem, on neil ka madalam tervise enesehinnang. Üldiselt on ka erinevad füüsilised tööd seotud madalama sotsiaalmajandusliku positsiooniga ning on täheldatud, et füüsilist tööd tegevatel inimestel on madalam tervise enesehinnang (Norström jt, 2014). Bakalaureusetöö analüüs kinnitas, et liht- ning põllutöölise seas on võrreldes kõrgematel ametipositsioonidel olijatega rohkem neid, kes peavad enda tervist halvaks või väga halvaks. Kõrgematel ametipositsioonidel olevatel inimestel on võrreldes lihttöölisega väiksem tõenäosus anda halba või väga halba tervise enesehinnangut. Töö autori meelest on see seotud sellega, et madalamatel ametipositsioonidel inimesed teevad rohkem füüsilist tööd, millega kaasnevad sagedamini tööõnnetused, füüsiline väsimus, sundasendid jms. See omakorda tingib ka halvemat tervise enesehinnangut, kuna tuntakse end kehvasti. Tööst tingitud õnnetused ja vigastused võivad olla ka pikaajalised või sagedased tuues kaasa püsiva halva tervise enesehinnangu.

Radevic jt (2016) kohaselt on ka haridus üheks sotsiaalmajandusliku staatuse mõõdikuks ning hariduslikud erinevused inimeste vahel võivad kaasa tuua suuri erinevusi tervise enesehinnangus: nad leidsid, et algharidusega inimeste seas on võrreldes kõrgharitute neli korda rohkem neid, kes peavad enda tervist halvaks. Ka Eesti Terviseuuringu 2006. aasta andmetest selgus, et positiivsem tervise enesehinnang on enamasti kõrgema hariduse ja sissetulekuga inimestel. Töö analüüsist selgus, et kõige rohkem on hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga inimesi kõrgemate haridustasemete ning kõige rohkem just kõrgharidusega inimeste seas. Ka töö regressioonanalüüs kinnitab, et kõrgharitudel on võrreldes keskharidusega inimestega ligi kaks korda suurem tõenäosus olla hea ja rahuldava tervise enesehinnanguga võrreldes (väga) halva tervise enesehinnanguga inimestega. See võib autori meelest olla põhjendatud asjaoluga, et kõrgemalt haritud inimestel on suurem tõenäosus saada ka kõrgematele ametipositsioonidele ning kõrgemalt haritud inimeste puhul võib ka tervisealane teadlikkus olla kõrgem kui madalama haridusega inimeste puhul.

Bakalaureusetöö analüüsist selgus, et vanuseliselt peavad enda tervist kõige paremaks just noored inimesed vanusevahemikus 15-45 eluaastat ning kõige halvemaks vanemad inimesed vanuses 76-

92. Iga elatud aastaga suureneb tõenäosus halvaks subjektiivseks terviseks 6% võrra. Seda tendentsi kinnitab ka Radevic jt (2016) läbi viidud uuring, mille kohaselt on negatiivsem tervise enesehinnang pigem just vanematel inimestel. Vanematel inimestel on ka rohkem terviseprobleeme, mis tingivad ka madalamat subjektiivset tervist.

Erinevad kirjanduslikud allikad toovad välja, et negatiivsem subjektiivne tervis esineb valdavalt pigem meestel kui naistel (Norström jt, 2014; Radevic jt, 2016), kuid bakalaureusetöö analüüsist selgus, et Eestis on olukord vastupidi. Meeste seas on võrreldes naistega küll vaid 2% vähem neid, kel on halb või väga halb tervise enesehinnang, kuid meestel on võrreldes naistega ligi kolmandiku võrra väiksem tõenäosus olla halva või väga halva tervise enesehinnanguga võrreldes hea ja rahuldava tervisega meestega. Autori arvates võib meeste halvem subjektiivne tervis olla tingitud sellest, et mehed on võrreldes naistega rohkem füüsilist pingutust nõudvatel ametipositsioonidel (ehitus, masinatööd jms). Füüsilise tööga kaasneb ka rohkem koormust ja vigastusi, mis võivad põhjustada madalat tervise enesehinnangut.

Nii kirjandus (Radevic jt, 2016) kui ka analüüs kinnitavad, et positiivsem tervise enesehinnang on suhtes olevatel inimestel. Abikaasa või partneriga koos elavate inimeste seas on võrreldes nendega, kes abikaasa või partneriga koos ei ela, kaks korda vähem neid, kes peavad enda tervist halvaks või väga halvaks. Abikaasa või partneriga koos elavatel inimestel on tunduvalt väiksem tõenäosus olla halva subjektiivse tervisega.

Halval tervise enesehinnangul on seos suitsetamise, alkoholi või muude meelemürkide tarbimisega (Tsai jt, 2010; Tsai jt, 2017; Wang jt, 2012). Töö analüüsist selgus, et kõige rohkem on (väga) halva tervise enesehinnanguga inimesi igapäevaste suitsetajate seas. Regressioonianalüüsist selgus, et igapäevastel suitsetajatel on võrreldes mitte kunagi suitsetanud inimestega lausa kolm korda suurem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega inimestega. Tegu on ka üsna ootuspärase tulemusega, kuna meelemürkide tarbimine toob kaasa ka rohkem terviserikkeid, mis kajastuvad ka vastaja halvas tervise enesehinnangus.

Samas selgus analüüsist huvitav asjaolu, et alkoholi tarbimine ei prognoosi vastaja halba ega väga halba tervise enesehinnangut ning kõige rohkem on halva või väga halva tervise enesehinnanguga inimesi nende seas, kes ei tarbi alkoholi. See võib autori meelest olla tingitud sellest, et põhjus, miks nad alkoholi ei tarbinud, seisnes nende halvas tervises ning mitte loogikas, et alkoholi mittetarbimine toob kaasa halva tervise enesehinnangu. Ka kirjanduse põhjal on alkoholi ja muude

meelemürkide tarbimine negatiivses korrelatsioonis tervise enesehinnanguga (Tsai, Ford, Li, Pearson ja Zhao, 2010; Wang, Ho, Wing-Sze, Lai ja Lam, 2012; Tsai jt, 2017).

Lisaks inimeste enda eluviisile ja sotsiaalmajanduslikule positsioonile täiskasvanueas mõjutab tema tervist ja tervise enesehinnangut ka see, milline oli tema vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon lapsena (Ebbeling jt, 2002; Hare-Bruun jt, 2011; Khlát jt, 2009; Pudrovskaja jt, 2014; Sherman jt, 2006). Töö regressioonanalüüsist selgus, et neil inimestel, kelle ema või isa töötas vastaja teismeeas põllumajanduses, on 2,5 korda suurem tõenäosus olla halva või väga halva tervisega võrreldes hea ja rahuldava tervisega inimestega. Ka töös esitatud joonistel (8, 9) on näha, et nende vastajate seas, kelle ema või isa oli vastaja teismeeas tööl põllumajanduses, oli rohkem neid, kes pidasid enda tervist halvaks või väga halvaks. Autori meelest võib olla põhjus selles, et põllumajanduses töötavate vanemate materiaalsed võimalused võrreldes valgekraedega olid madalamad ning ka lapsed kogesid kehvemaid tingimusi ja piiratumaid võimalusi kui valgekraede lapsed. Ka elustiil, tervisealased valikud ning toitumisharjumused, mis võivad kanduda täiskasvanuikka, võivad madalama ametipositsiooniga inimeste puhul olla väiksemast teadlikkusest mõnevõrra kehvemad kui kõrgema ametipositsiooniga inimeste puhul. Kuigi kirjanduses toodi välja ka vanemate hariduse olulisus, siis Eesti vastajate kohta tehtud analüüsis vanemate haridus halba ega väga halba tervise enesehinnangut ei prognoosinud.

KOKKUVÕTE

Bakalaureusetöö eesmärk oli uurida, kuidas on vastaja tervise enesehinnang seotud tema elustiili ja sotsiaalmajandusliku positsiooniga ning millist mõju avaldab vastaja tervisele ja tervise enesehinnangule tema vanemate sotsiaalmajanduslik positsioon sel ajal, kui vastaja oli teismeline. Eesmärgi täitmiseks on kasutatud varasemat temaatilist kirjandust ning Euroopa Sotsiaaluuringu 2014. aasta andmete kvantitatiivsed analüüsi.

Töö põhitulemused on järgnevad:

- 1) nii sotsiaaldemograafilised kui ka elustiili käsitlevad tunnused on seotud tervise enesehinnanguga;
- 2) vastaja sotsiaalmajanduslik taust on oluline prognoosimaks vastaja subjektiivset tervist;
- 3) vanemate ametil teismeeas on olemas seos vastaja tervise ja tervise enesehinnanguga.

Töös selgus, et suurem tõenäosus halvaks või väga halvaks subjektiivseks terviseks on vanematel inimestel, meestel, üksi elavatel inimestel, madalama hariduse ning ametipositsiooniga inimestel, vähema füüsilise aktiivsusega ning suitsetavatel inimestel. Lisaks on tervise enesehinnang seotud ka vanemate sotsiaalmajandusliku positsiooniga. Vastajatel, kelle üks vanem on pärit Eestist ning üks välismaalt, on võrreldes mõlema Eestist pärit vanema lastega suurem tõenäosus halvaks või väga halvaks terviseks. Vanemate sotsiaalmajanduslikust positsioonist oli oluline vaid vanemate amet. Kusjuures isa amet vastaja teismeeas prognoosis halba tervise enesehinnangut paremini kui ema amet. Selgus, et neil vastajatel, kelle isa või ema töötas nende teismeeas põllumajanduses, on võrreldes tippspetsialistide ja juhtide lastega mitu korda suurem tõenäosus halvaks või väga halvaks tervise enesehinnanguks.

KASUTATUD KIRJANDUS

Altman, C. E., Van Hook, J. ja Hillemeier, M. (2016). What Does Self-rated Health Mean? Changes and Variations in the Association of Obesity with Objective and Subjective Components Of Self-rated Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 57, 39-58.

Beam Dowd, J. ja Zajacova, A. (2010). Does Self-Rated Health Mean the Same Thing Across Socioeconomic Groups? Evidence From Biomarker Data. *Annals of Epidemiology*, 20, 743-749.

Claussen, B., Davey, S. ja Thelle, D. (2003). Impact of childhood and adulthood socioeconomic position on cause specific mortality: the Oslo Mortality Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 40-45.

Cleary, P. D. (1997). Subjective and Objective Measures of Health: Which is Better When? *Journal of Health Services Research & Policy*, 2, 3-4.

Constitution. (i.a). Kasutatud 09.01.2020, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>

Ebbeling, C. B., Pawlak, D. B ja Ludwig, D. S. (2002). Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *The Lancet*, 360, 473-482.

Eesti täiskasvanud rahvastiku tervisekäitumise uuring 2018. (2019). Kasutatud 27.01.2020, <https://www.tai.ee/et/terviseandmed/tervisestatistika-ja-uuringute-andmebaas/uuendused/4505-eesti-taiskasvanud-rahvastiku-tervisekaitumise-uuring-2018>

Eksin, M., Ingerainen, D. ja Lausvee, E. (2012). Südame- ja veresoonkonnahaiguste riskiga patsientide eluviis ning tervisedendus esmatasandil. *Eesti Arst*, 91, 69-75.

Euroopa Sotsiaaluuring (ESS). (i.a). Kasutatud 25.05.2020, <https://www.europeansocialsurvey.org/about/country/estonia/estonian/index.html>

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch J. W. ja Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position (part 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 7-12.

Hare-Bruun, H., Togo, P., Andersen, L. B. ja Heitmann, B. L. (2011). Adult Food Intake Patterns Are Related to Adult and Childhood Socioeconomic Status. *The Journal of Nutrition*, 141, 928-934.

Harro, M. (2002). Eesti koolinoorte tervis ja selle sõltuvus perekonna sotsiaal-majanduslikust olukorrast. *Eesti Arst*, 81, 216-221.

Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69, 307-316.

Kant, A. K. ja Graubard, B. I. (2013). Family Income and Education Were Related with 30-Year Time Trends in Dietary and Meal Behaviors of American Children and Adolescents. *The Journal of Nutrition*, 143, 690-700.

Khlat, M., Jusot, F. ja Ville, I. (2009). Social origins, early hardship and obesity: a strong association in women, but not in men?. *Social Science & Medicine*, 68, 1692-1699.

Koivusilta, L. K., Rimpelä, A. H. ja Kautiainen, S. M. (2006). Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position?. *BMC Public Health*, 6.

Lawlor, D. A., Davey Smith, G. ja Ebrahim, S. (2004). Association Between Childhood Socioeconomic Status and Coronary Heart Disease Risk Among Postmenopausal Women: Findings From the British Women's Heart and Health Study. *American Journal of Public Health*, 94, 1386-1392.

Mailma Terviseorganisatsioon. (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Kasutatud 11.03.2020, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=6870D874385C4BEA11FA2E674328C0FF?sequence=1

Manderbacka, K. (1998). Examining What Self-Rated Health Question Is Understood to Mean by Respondents. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26, 145–153.

Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Fulkerson, J. A. ja Larson, N. (2013). Changes in the frequency of family meals from 1999-2010 in the homes of adolescents: Trends by sociodemographic characteristics. *Journal of Adolescent Health*, 52, 201-206.

Norström, F., Virtanen, P., Hammarström, A., Gustafsson, P. E. ja Janlert, U. (2014). How does unemployment affect self-assessed health? A systematic review focusing on subgroup effects. *BMC Public Health*, 14.

Prosper, M.-H., Moczulski, V. L. ja Qureshi, A. (2009). Obesity as a Predictor of Self-Rated Health. *American Journal of Health Behavior*, 33, 319-329.

Pudrovska, T., Logan, E. S. ja Richman, A. (2014). Early-Life Social Origins of Later-Life Body Weight: The Role of Socioeconomic Status and Health Behaviors over the Life Course. *Social Science Research*, 46, 59-71.

Radevic, S., Kocic, S. ja Jakovljevic, M. (2016). Self-Assessed Health and Socioeconomic Inequalities in Serbia: Data from 2013 National Health Survey. *Front. Pharmacol*, 7.

Rahkonen, O., Lahelma, E. ja Huuhka, M. (1997). Past or present? Childhood living conditions and current socioeconomic status as determinants of adult health. *Social Science & Medicine*, 44, 327-336.

Reile, R. ja Leinsalu, M. (2013). Differentiating positive and negative self-rated health: results from a cross-sectional study in Estonia. *International Journal of Public Health*, 58, 555-564.

Sherman, A. J., Fowler-Brown, A., Raghunathan, T. E. ja Van Hoewyk, J. (2006). Life-Course Socioeconomic Position and Obesity in African American Women: The Pitt County Study. *American Journal of Public Health*, 96, 554-560.

Spurrier, N. J., Sawyer, M. G., Clark, J. J. ja Baghurst, P. (2003). Socio-economic differentials in the health-related quality of life of Australian children: results of a national study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 27, 27-33.

Starfield, B., Robertson, J. ja Riley, A. W. (2002). Social class gradients and health in childhood. *Ambulatory Pediatrics*, 2, 238-246.

Tillmann, T. (2018). Mida süüa, et elada tervelt ja kvaliteetselt kõrge vanuseni?. *Eesti Arst*, 97, 263-268.

Tsai, J., Ford, E. S., Li, C., Pearson, W. S. ja Zhao, G. (2010). Binge Drinking and Suboptimal Self-Rated Health Among Adult Drinkers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 34, 1465-1471.

Tsai, J., Rolle, I. V., Singh, T., Boulet, S. L., McAfee, T. A. ja Grant, A. M. (2017). Patterns of marijuana and tobacco use associated with suboptimal self-rated health among US adult ever users of marijuana. *Preventive Medicine Reports*, 6, 251-257.

Von Rueden, U., Gosch, A., Rajmil, L., Bisegger, C. ja Ravens-Sieberer, U. (2006). Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 130-135.

Wagner, K. J. P., Bastos, J. L. D., Navarro, A., Gonzalez-Chica, D. A. ja Boing, A. F. (2018). Socioeconomic Status in Childhood and Obesity in Adults: A Population-Based Study. *Revista de Saúde Pública*, 52.

Wang, M. P., Ho, S. Y., Wing-Sze, L., Lai, M. K. ja Lam, T. H. (2012). Smoking Is Associated With Poor Self-Rated Health Among Adolescents in Hong Kong. *Nicotine & Tobacco Research*, 14, 682-687.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Elina Kaasik,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) minu loodud teose “Elustiili ja sotsiaalmajandusliku positsiooni seos subjektiivse tervisega”, mille juhendaja on Ave Roots, reprodutseerimiseks eesmärgiga seda säilitada, sealhulgas lisada digitaalarhiivi Dspace kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
2. Annan Tartu Ülikoolile loa teha punktis 1 nimetatud teos üldsusele kättesaadavaks Tartu Ülikooli veebikeskkonna, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace kaudu Creative Commons'i litsentsiga CC BY NC ND 3.0, mis lubab autorile viidates teost reprodutseerida, levitada ja üldsusele suunata ning keelab luua tuletatud teost ja kasutada teost ärieesmärgil, kuni autoriõiguse kehtivuse lõppemiseni.
3. Olen teadlik, et punktides 1 ja 2 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
4. Kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei riku ma teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse õigusaktidest tulenevaid õigusi.

Elina Kaasik

28.05.2020